Health Canada Santé Canada

March 1998

Cancer Updates

CERVICAL CANCER IN CANADA

- 1,300 new cases and 390 deaths from cervical cancer were estimated for 1997.
- Regular screening can prevent almost all cases of invasive cervical cancer.
- Not all provinces have organized screening programs.
- 15% of women have never been screened; 30% haven't been screened in the last 3 years.
- 5-year survival rate is 74% overall.

Cancer Bureau website:

http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc

Contact person:
Judy Snider
Phone: (613) 941-2058
Fax: (613) 941-5497
E-mail:
judy_snider@hc-sc.gc.ca

Cancer of the cervix is the eleventh most frequently diagnosed cancer among Canadian women (in contrast, it is the second most common form of cancer in women worldwide) and, despite being almost completely preventable through regular screening, continues to be an important cause of morbidity and mortality. It was estimated that, in 1997, approximately 1300 women would develop cervical cancer and 390 women would die from this disease[1]. A study by Miller et al[2] revealed that mortality estimates based on information from death certificates were underestimates, since a large number of cervical cancer deaths were incorrectly coded as uterine cancer deaths. Regional variation in the incidence of and mortality from cervical cancer is considerable, with higher rates in the Atlantic and Northern regions and lower rates in Western Canada (Figures 1 and 2, data supplied by the Canadian Cancer Registry, formerly the National Cancer Incidence Reporting System).

Trends

Incidence rates decreased steadily in the 1970s and early 1980s and showed a more moderate decline since about 1985 (Figure 3). This attenuated decline in incidence occurred in all age groups (Figure 4), reflecting either a plateau in screening activity or a change in the prevalence of risk factors, the former being the more likely explanation. Over the past two decades, mortality from cervical cancer also decreased, from a rate of 11 per 100,000 in 1951 to 2.39 per 100,000 in 1995 (Figure 5)[2]. The rate of decline in incidence and mortality was similar for all age groups but varied provincially, more rapid reductions being observed in Newfoundland and New Brunswick. The highest incidence and mortality rates have consistently been found in women above the age of 65.

Squamous cell carcinomas make up about 80% of all types of cervical cancer and are reasonably well detected with the Pap smear. Adenocarcinomas, which account for another 15% of subtypes, are unfortunately less easily detected using this test. A recent analysis of incidence trends according to cervical cancer subtypes[3] revealed that while the incidence of squamous cell cancers declined by 3.2% per year

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.
Health Canada

No changes permitted.
Reprint permission not required.

Canada

between 1984 and 1992, the incidence of adenocarcinomas increased by 4% during the same period. An increase in the incidence of the adenocarcinoma subtype has also been reported in the United States, Australia and Taiwan and emphasizes the importance of surveillance according to cellular subtype as well as the development of newer, more sensitive screening methods for this particular form of cervical cancer.

Figure 1 Cervical Cancer Incidence by Province/Territory, 1984-1993

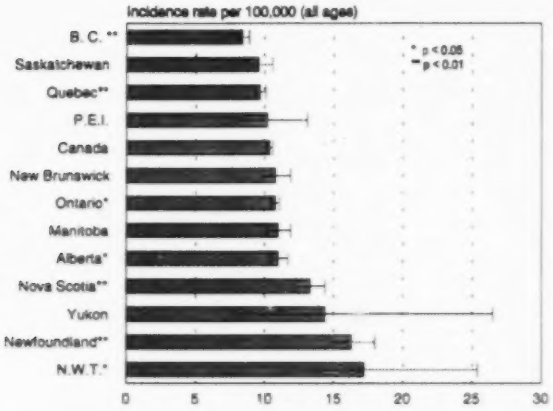


Figure 2 Cervical Cancer Mortality by Province/Territory, 1984-1995

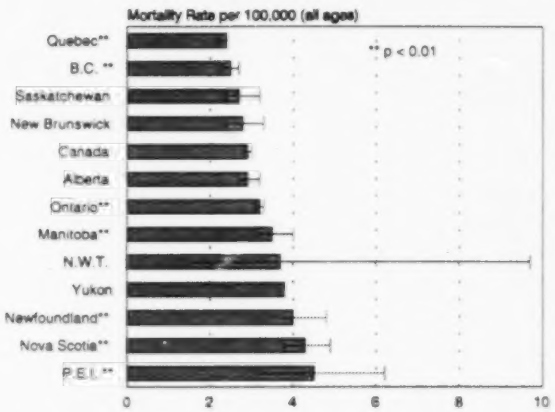


Figure 3 Cervical Cancer Incidence and Mortality

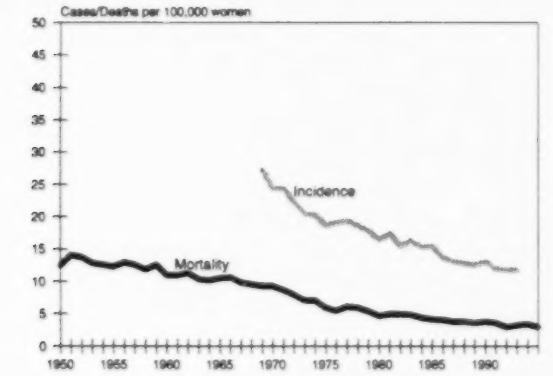


Figure 4 Cervical Cancer Incidence, by Age Group, 1969-1993

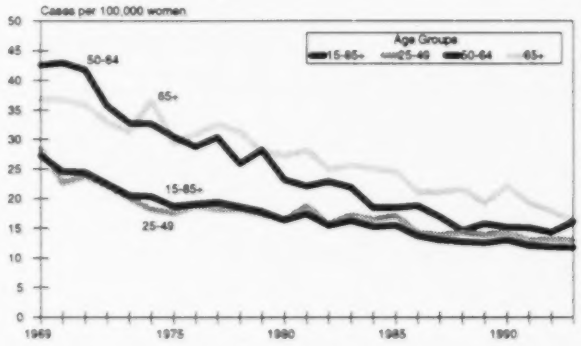
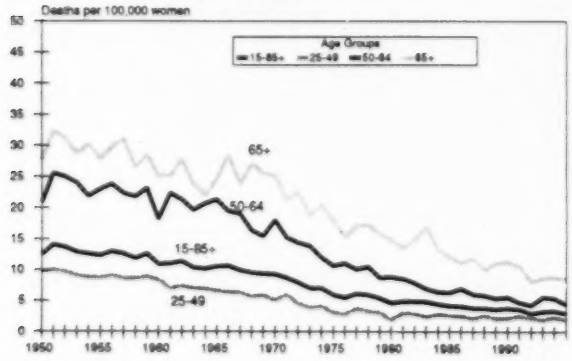


Figure 5 Cervical Cancer Mortality, by Age Group, 1950-1995



Note:
Incidence and mortality rates are standardized to the 1991 Canadian population.

Source: Cancer Bureau, Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada. Data supplied by Statistics Canada.

Until quite recently, little was known about morbidity and mortality from cervical cancer in Aboriginal women. A study from Saskatchewan linking the health insurance system with the provincial cancer registry found that the incidence of cervical cancer in status Indians was 10 times higher than the provincial average[4]. These data reinforce the need for establishing a formal national Aboriginal cancer surveillance system, along with strategies for cancer prevention and control that are sensitive to the culture and traditions of Canada's Aboriginal population.

Primary Prevention

The main risk factors for cervical cancer include early age at first intercourse, greater number of sexual partners, increasing age, infection with human papilloma virus (HPV), smoking and low socioeconomic status. The relationship between cervical cancer and other possible risk factors such as oral contraceptive use and nutritional deficiencies (folate, vitamin A and vitamin C) is presently unclear. Some reports suggest a familial predisposition to cervical cancer, although the etiology of this disease is likely multifactorial with both genetic and environmental influences[5]. The primary prevention of cervical cancer is therefore closely linked to ongoing public health initiatives targeting behaviour change of the population, particularly in the areas of smoking cessation and safer sex practices.

Secondary Prevention

Early detection using the Pap smear remains the best currently available method of reducing the incidence and mortality of cervical cancer. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination[6] recommends annual screening with the Pap smear after initiation of sexual activity or at age 18. If an organized screening program is in place with appropriate quality control measures and information systems, the screening frequency may be reduced (for women with two previous normal smears) to every 3 years until age 69. The Walton Report[7] and a series of national workshops[8-10] on cervical cancer screening urged the establishment of organized, provincial screening programs with centralized laboratory and information systems. To date, three provinces (British Columbia, Nova Scotia and Prince Edward Island) have adopted these recommendations in whole or part.

Cost of Screening: The cost of performing a Pap smear is low in comparison to other cancer screening tests and is largely offset by savings to the health care system from prevented cases of cervical cancer[11]. The implementation of organized screening programs should also result in long-term savings from reduced laboratory expenses and lower morbidity and mortality from this disease[6].

Utilization of Screening: In an analysis of the 1994 National Population Health Survey (NPHS)[12], 82% of women who participated reported ever having had a Pap smear (self-reported data can affect population estimates of screening). Almost half of the respondents (46%), had had a Pap smear in the previous 12 months, and 68% had been given this test within 3 years of the survey. (Estimates adjusted for hysterectomy status increased to 55% and 81%, respectively[13].) There was little variation in Pap smear utilization by province.

Approximately 15% of women had never been screened. These women were poorer, less educated and tended to be either young (31% were 18-24 years) or older (28% were older than 65). Unfortunately, the NPHS did not assess screening rates for high risk groups, such as immigrants, Aboriginal women and women living in the Territories and northern regions. The 1990 Ontario Health Survey[14], however, found that recent immigrants, women who spoke neither English nor French and rural residents were less likely to have had a Pap smear.

Factors known to affect the use of cervical cancer screening include access to screening (especially in Northern and rural areas), awareness of the benefits of screening and anxiety about the procedure itself[15].

Treatment

Survival rates provide a direct indication of disease severity and the impact of cancer treatment. For cervical cancer the 5-year survival rates are generally high, at 74% for all ages, 87% for 0-44

years, 72% for 45-54 years, 67% for 55-64 years, 57% for 65-74 years and 47% for age 75 and above[16].

Treatment of this cancer depends on the stage of the disease, size of the tumour as well as the patient's age, overall condition and desire to have children[17]. The earliest form of cervical cancer is carcinoma *in situ* (stage 0), a non-invasive cancer that can be treated by loop electrosurgical excision procedure (LEEP), conization (removing a cone-shaped piece of the cervix), cryotherapy, laser therapy or hysterectomy. In stage 1 cervical cancer, the tumour invades into the normal tissue but has not spread beyond the cervix itself. Treatment options for this stage include hysterectomy, conization, and internal or external radiation therapy. Cancers that extend beyond the cervix but are still limited to the pelvis (stage 2) may be treated with internal and external radiation combined, hysterectomy followed by radiation, or by radiation and chemotherapy. Treatment of cancers that have spread throughout the pelvis (stage 3) usually involve a combination of internal/external radiation therapy plus chemotherapy. In stage 4 disease, the cancer has spread to other parts of the body and treatment usually consists of radiation, chemotherapy or a combination of the two.

Current Initiatives

The Cervical Cancer Prevention Network, an informal association of provincial, territorial and federal representatives and clinical professional bodies, shares information on program development, organization and data collection and strongly supports the development of organized screening programs in Canada. Through this network stakeholders in five provinces (Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario and Newfoundland) are considering or planning to implement organized screening programs in their jurisdictions.

Future Directions

- Recent advances in understanding the mechanistic action of HPV through molecular biology techniques have provided insight into methods for vaccine development that may help to control HPV in the future. Until such a vaccine becomes available, regular use of condoms and Pap-smear testing continue to be the main strategies for prevention.

- The collection of cervical cancer data according to stage of disease at diagnosis by all provincial/territorial cancer registries, would provide stage-specific survival rates and aid in the evaluation of the success of existing screening programs.

Summary

Screening for cervical cancer using the Pap smear has been effective in reducing morbidity and mortality from this disease. Over the past two decades, however, the decline in incidence has stabilized somewhat, suggesting a plateau in screening activity and bringing into question the usefulness of an *ad hoc* approach to cervical cancer prevention. Data from the 1994 NPHS confirmed that women who were poor or less educated were less likely to have had a Pap smear. Special efforts are needed to understand factors affecting Pap smear utilization in high risk groups and to then recruit these groups for screening. The evidence strongly supports the National Workshop's recommendations for full implementation of comprehensive cervical cancer screening programs in all provinces in order to reduce the occurrence of this preventable disease in Canada.

Acknowledgement

Data were provided to Health Canada from the Canadian Cancer Registry, formerly the National Cancer Incidence Reporting System, at Statistics Canada. The cooperation of the provincial and territorial cancer registries which supply the data to Statistics Canada is gratefully acknowledged.

References

1. National Cancer Institute of Canada. *Canadian cancer statistics 1997*. Toronto, 1997.

2. Miller AB, Lindsay J, Hill GB. *Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix*. Int J Cancer 1976;17(5):602-12.

3. Probert A, Fung Kee Fung M, El Atebi F, Faught W, Senterman M, Semenciw R et al. *Trends in the incidence of the histological subtypes of cervical cancer in Canada and Ontario*. Cancer Bureau, Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada and the Gynecological research group, Ottawa General Hospital, University of Ottawa.

4. Gillis DC, Irvine J, Tan L, Liu L, Robson D. *Cancer incidence and survival of Saskatchewan northerners and registered Indians, 1967-1986*. 8th International Congress on Circumpolar Health. Whitehorse, Yukon. May 23, 1990.

5. Schottenfield D, Fraumeni J. *Cancer epidemiology and prevention*. Second Edition. New York: Oxford University Press, 1996.

6. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Ottawa: Supply and Services Canada, 1994: Health Canada Cat H21-1117/1994E.

7. Task Force on Cervical Cancer Screening Programs. *Cervical cancer screening programs (The Walton Report)*. Can Med Assoc J 1976;114:1003-33.

8. Miller AB, Anderson G, Brisson J et al. *Report of a national workshop on screening for cancer of the cervix*. Can Med Assoc J 1991;145:1301-25.

9. Berkel J. *Proceedings of the second national workshop on cervical cancer screening*. Chronic Dis Can 1992;13(4S);S1-S41.

10. Mills CJ. Workshop Report. *Cervical cancer: toward the implementation of organized screening*. Chronic Dis Can 1993;14(3):110-112.

11. Miller AB. *Advances in cancer screening*. Massachusetts: Kluwer Academic Publishers, 1996:46.

12. Snider J, Beauvais J, Levy I, Villeneuve P, Pennock J. *Trends in mammography and pap smear utilization in Canada*. Chron Dis Can 1996;17:108-17.

13. Snider JA, Beauvais JE. *Pap smear utilization in Canada: estimates after adjusting the eligible population for hysterectomy status*. Submitted for publication to Chronic Dis Can.

14. Goel V. *Factors associated with cervical cancer screening: results from the Ontario Health Survey*. Can J Public Health 1994;85:125-7.

15. Austoker J. *Screening for cervical cancer*. BMJ 1994:309;241-8.

16. National Cancer Institute of Canada. *Canadian cancer statistics 1995*. Toronto, 1995.

17. U.S. National Cancer Institute. *PDQ information for health professionals*. Cervical Cancer October 1997.

Contributors: *Maureen Carew, Dena Schanzer, Judy Snider and Laura Villeneuve.*

The Cancer Bureau is part of the Laboratory Centre for Disease Control, Health Protection Branch, Health Canada.

Actualités sur le cancer

Le cancer du col utérin au Canada

On a estimé qu'en 1997, il y aurait 1 300 nouveaux cas et 390 décès de cancer du col utérin.
Un examen périodique peut prévenir presque tous les cas de cancer invasif du col utérin.
Des programmes structurés de dépistage n'existent pas dans toutes les provinces.
15 % des femmes n'ont jamais été examinées; 30 % n'ont pas été examinées depuis 3 ans.
Le taux global de survie à 5 ans est de 74 %.

Cancer de l'ovaire au Canada (octobre 1999)

Le cancer du sein au Canada (avril 1999)

Le cancer du col utérin au Canada (mars 1998)

Au Canada, le cancer du col utérin occupe le onzième rang parmi les cancers diagnostiqués chez la femme (par contre, il occupe le deuxième rang parmi les cancers les plus communs chez la femme à l'échelle mondiale). Bien qu'un examen périodique permette de prévenir presque tous les cas, ce type de cancer demeure une cause importante de morbidité et de mortalité. Ainsi, selon les estimations, environ 1 300 cas de cancer du col utérin seraient diagnostiqués et 390 femmes décéderaient de cette maladie en 1997[1]. Une étude réalisée par Miller et coll.[2] révèle que les taux de mortalité estimés sur la foi des certificats de décès sont en-deçà de la réalité puisqu'un grand nombre de décès attribuables au cancer du col utérin sont codés par erreur comme des décès dus au cancer de l'utérus. Les taux de morbidité et de mortalité associés à cette forme de cancer varient considérablement d'une région à l'autre, les taux les plus élevés étant enregistrés dans les Maritimes et dans le Nord canadien, et les taux les plus faibles dans l'Ouest canadien (les données des figures 1 et 2 sont tirées du Registre canadien du cancer, autrefois connu sous le nom de Système national de déclaration des cas de cancer).

Tendances

Les taux d'incidence ont chuté de manière constante au cours des années 70 et au début des années 80. La tendance à la baisse, tous groupes d'âge confondus (figure 4), a été moins marquée depuis environ 1985 (figure 3). Le phénomène est imputable soit à un plafonnement des activités de dépistage, soit à un changement dans la prévalence des facteurs de risque, la première explication étant la plus probable. Au cours des deux dernières décennies, la mortalité due au cancer du col utérin a aussi régressé, chutant de 11 cas pour 100 000 en 1951 à 2,39 pour 100 000 en 1995 (figure 5)[2]. L'incidence et la mortalité ont fléchi au même rythme dans tous les groupes d'âge, mais on a observé des variations d'une province à l'autre, la tendance à la baisse étant plus rapide à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick. Les taux d'incidence et de mortalité étaient systématiquement plus élevés chez les femmes de plus de 65 ans.

Les épithéliomas spinocellulaires de l'exocol représentent environ 80 % de tous les cancers du col de l'utérus, et se détectent assez bien au moyen d'un test de Papanicolaou. Les adénocarcinomes, qui comptent pour un autre 15 % des sous-types de cancer du col utérin, sont malheureusement plus difficiles à détecter à l'aide de cette technique. Une récente analyse des tendances relatives à l'incidence des différents sous-types de cancer du col utérin[3] révèle que si l'incidence des épithéliomas spinocellulaires a diminué de 3,2 % par an entre 1984 et 1992, l'incidence des adénocarcinomes a grimpé de 4 % au cours de la même période. Une hausse de l'incidence des adénocarcinomes a aussi été signalée aux États-Unis, en Australie et à Taïwan. Elle fait ressortir l'importance d'une surveillance en fonction du sous-type cellulaire et de nouvelles méthodes de dépistage plus sensibles pour cette forme particulière de cancer du col utérin.

Il n'y a pas si longtemps, on ne savait pas grand-chose de la morbidité et de la mortalité attribuables au cancer du col utérin chez les Autochtones. Il ressort d'une étude réalisée en Saskatchewan, qui relie le système d'assurance-maladie au registre provincial du cancer, que l'incidence du cancer du col utérin chez les amérindiennes inscrites est dix fois supérieure à la moyenne provinciale[4]. Ces données viennent confirmer l'importance de mettre sur pied un réseau structuré de surveillance du cancer en milieu autochtone, à l'échelle nationale, ainsi que des stratégies de prévention et de lutte contre le cancer adaptées à la culture et aux traditions des populations autochtones du Canada.

Figure 1
Incidence du cancer du col utérin par province/territoire, 1984-1993

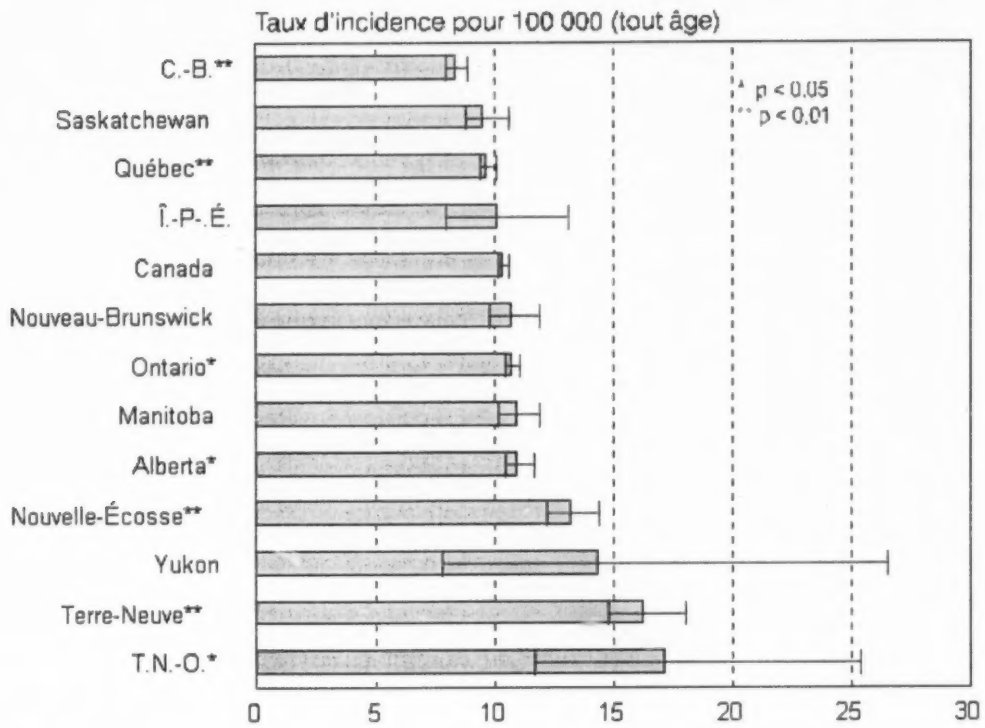
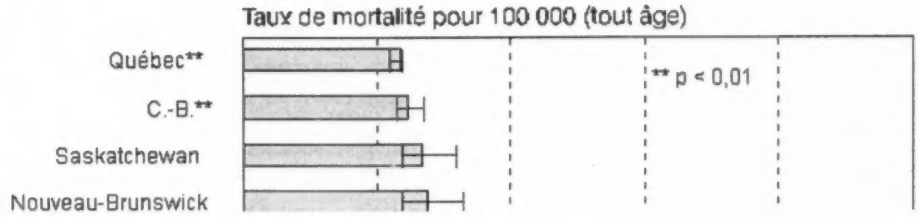


Figure 2
Mortalité due au cancer du col utérin par province/territoire, 1984-1995



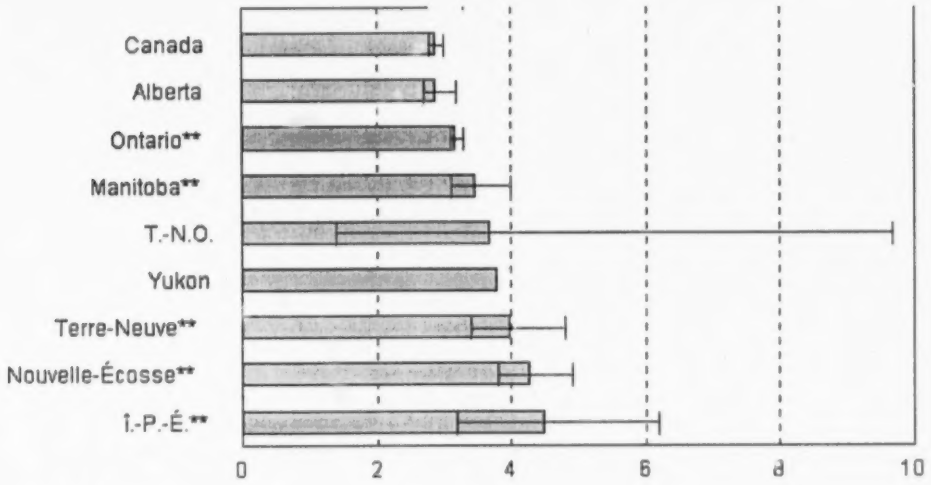


Figure 3
Cancer du col utérin : incidence et mortalité

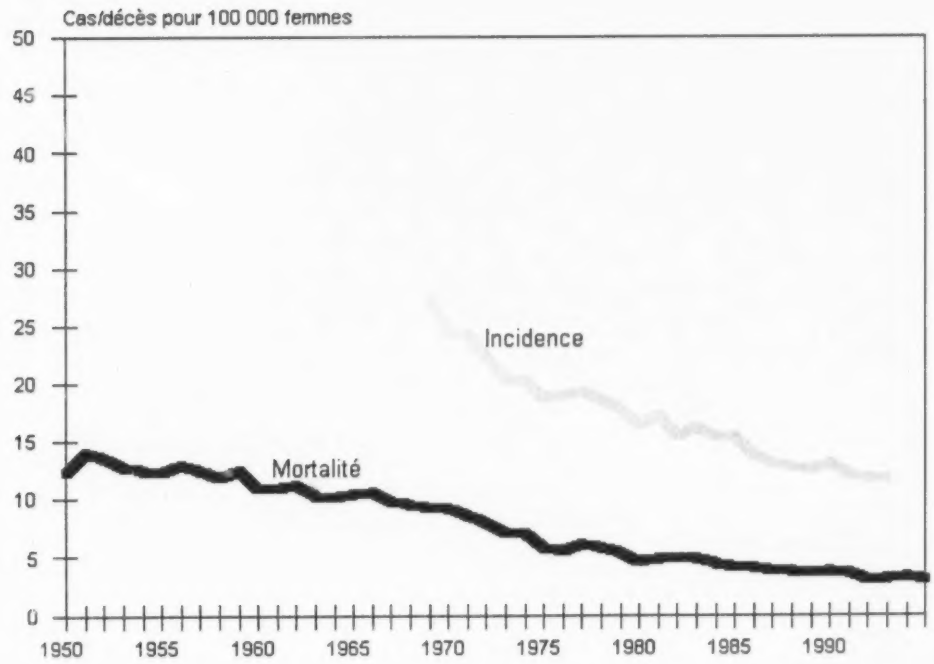


Figure 4
Incidence du cancer du col, par groupe d'âge, 1969-1993

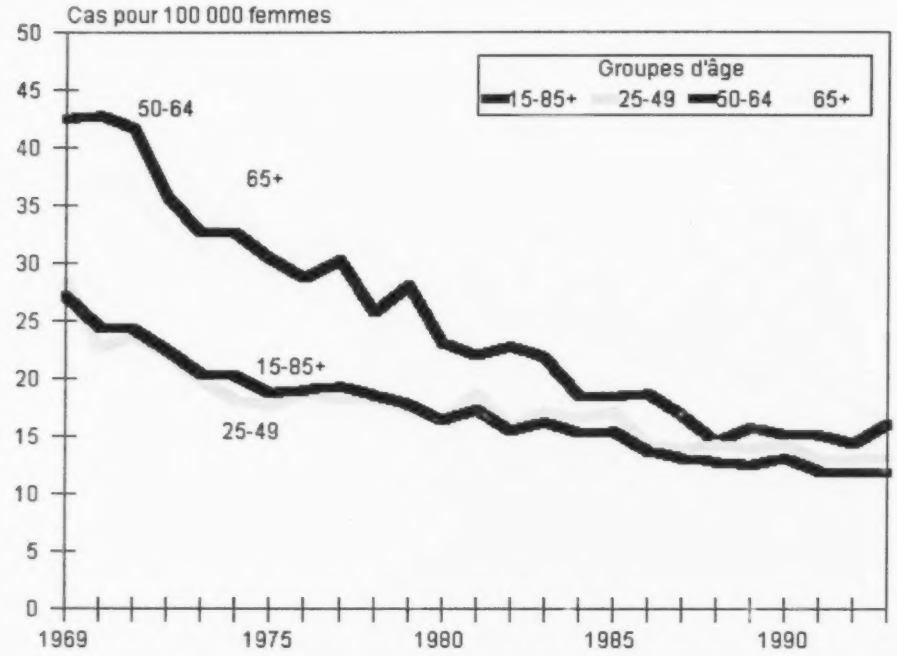
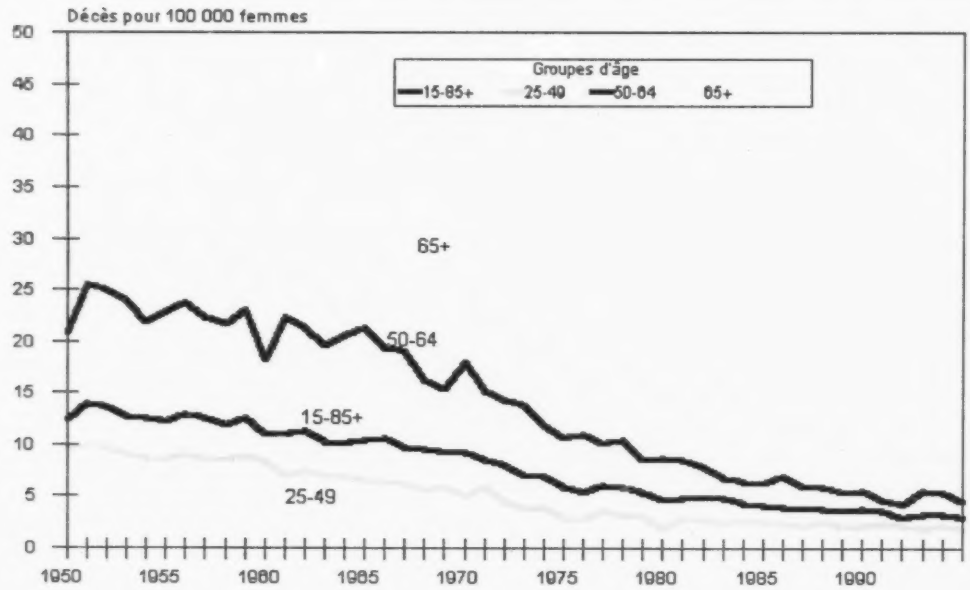


Figure 5
Mortalité due au cancer du col utérin, par groupe d'âge, 1950-1995



Remarque : Les taux d'incidence et de mortalité ont été normalisés selon la population canadienne de 1991.
Source : Bureau du cancer, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. Données fournies par Statistique Canada.

Prévention primaire

Au nombre des principaux facteurs de risque liés au cancer du col utérin figurent la précocité des premières relations sexuelles, le nombre élevé de partenaires sexuels, le vieillissement, l'infection par le papillomavirus humain (HPV), le tabagisme et l'appartenance aux classes socio-économiques défavorisées. Pour l'instant, on n'a pas établi de lien très net entre le cancer du col utérin et d'autres facteurs de risque possibles comme l'emploi de contraceptifs oraux et les carences nutritionnelles (folates, vitamine A et vitamine C). Selon certaines études, il existerait une prédisposition familiale au cancer du col utérin, même si cette maladie est sans doute attribuable à une multiplicité de facteurs, dont l'hérédité et le milieu de vie[5]. La prévention primaire du cancer du col utérin passe donc nécessairement par les initiatives continues de santé publique, qui visent la modification des habitudes de vie de la population, surtout les programmes de renoncement au tabac et la promotion des pratiques sexuelles à risques réduits.

Prévention secondaire

La détection précoce du cancer du col utérin à l'aide des tests de Papanicolaou demeure, dans l'état actuel des choses, le meilleur moyen de réduire la morbidité et la mortalité associées à cette maladie. Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique[6] recommande aux femmes de plus de 18 ans ou qui ont déjà une vie sexuelle active, de subir ce test une fois l'an. S'il existe un programme structuré de dépistage assorti de systèmes d'information et de mesures appropriées de contrôle de la qualité, l'intervalle de dépistage (chez les femmes dont les deux derniers frottis se sont avérés normaux) peut être ramené à 3 ans jusqu'à l'âge de 69 ans. Le rapport Walton[7] et une série d'ateliers nationaux[8-10] sur le dépistage du cancer du col utérin ont fortement recommandé la mise sur pied de programmes structurés de dépistage à l'échelle provinciale, qui seraient appuyés par des services centralisés d'information et de laboratoire. À ce jour, trois provinces (la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard) ont donné suite à toutes ces recommandations ou à certaines d'entre elles.

Coût du dépistage : Les tests de Papanicolaou sont peu coûteux à réaliser en comparaison des autres tests de dépistage du cancer, et leur coût est largement compensé par les économies que représentent pour le système de santé les cas de cancer évités[11]. La mise en place de programmes structurés de dépistage devrait aussi entraîner des économies à long terme puisqu'elle diminuerait les dépenses de laboratoire et la morbidité et la mortalité imputables à cette maladie[6].

Recours au dépistage : D'après une analyse de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)[12], réalisée en 1994, 82 % des répondantes ont déclaré avoir déjà subi un test de Papanicolaou (les données auto-signalées peuvent modifier les estimations de dépistage parmi la population). Près de la moitié des participantes (46 %) avaient eu un frottis au cours des 12 derniers mois, et 68 %, dans les 3 ans précédant l'enquête. (Après un rajustement pour tenir compte du fait qu'une hystérectomie a été pratiquée ou non, ces chiffres grimpent à 55 % et à 81 %, respectivement[13]). Les taux d'utilisation des tests de Papanicolaou ne variaient pas beaucoup d'une province à l'autre.

Environ 15 % des femmes interrogées n'avaient jamais subi de test de dépistage. Ces femmes étaient généralement plus pauvres, moins instruites et soit plus jeunes (31 % étaient âgées de 18 à 24 ans) ou plus âgées (28 % avaient plus de 65 ans). Malheureusement, l'ENSP n'a pas entrepris d'évaluer les taux de dépistage auprès des groupes à haut risque, comme les immigrantes, les femmes autochtones et celles qui vivent dans les Territoires et les régions du Nord. D'après l'Enquête sur la santé en Ontario (1990)[14], les immigrantes de fraîche date, les femmes qui ne parlent ni le français ni l'anglais et celles qui vivent en milieu rural sont proportionnellement moins nombreuses à avoir subi un test de dépistage.

Parmi les facteurs qui ont une incidence certaine sur le recours au dépistage du cancer du col utérin figurent l'accès aux tests (surtout dans le Nord canadien et les régions rurales), la sensibilisation aux avantages du dépistage et la crainte qu'inspire l'intervention proprement dite[15].

Traitement

Les taux de survie donnent une indication directe de la gravité de la maladie et de l'impact du traitement du cancer. Lorsqu'on a affaire au cancer du col utérin, les taux de survie à 5 ans sont généralement élevés : 74 % pour les femmes de tous âges, 87 % pour celles de 0 à 44 ans, 72 % pour celles de 45 à 54 ans, 67 % pour celles de 55 à 64 ans, 57 % pour celles de 65 à 74 ans et 47 % pour celles de 75 ans et plus[16].

Le traitement de ce type de cancer dépend du stade d'évolution de la maladie, de la taille de la tumeur ainsi que de l'âge de la patiente, de son état de santé général et de son désir de conserver sa fertilité[17]. La forme la plus précoce du cancer du col utérin est le carcinome *in situ* (stade 0), un cancer non envahissant qui peut être traité à l'aide de diverses techniques : l'excision électrochirurgicale à l'anse, la conisation (prélèvement, sur le col utérin, d'un fragment endocervical de forme conique), la cryothérapie, le traitement au laser ou l'hystérectomie. Au stade 1, la tumeur envahit les tissus sains mais ne s'est pas étendue au-delà du col utérin. Les choix de traitements offerts à ce stade comprennent l'hystérectomie, la conisation et la radiothérapie interne ou externe. Les cancers qui se propagent au-delà du col, tout en demeurant confinés à la région pelvienne (stade 2) sont justiciables d'une radiothérapie interne et externe, d'une hystérectomie suivie d'une radiothérapie ou d'une radiothérapie assortie d'une chimiothérapie. Le traitement des cancers qui ont envahi toute la région pelvienne (stade 3) nécessitent généralement une radiothérapie interne et externe combinée à une chimiothérapie. Au stade 4, le cancer a essaimé à d'autres parties de l'organisme et relève généralement d'une radiothérapie, d'une chimiothérapie, ou de ces deux modalités thérapeutiques.

Initiatives en cours

Le Réseau pour la prévention du cancer du col de l'utérus, une association sans caractère officiel, regroupant des représentants provinciaux, territoriaux et fédéraux et des associations de cliniciens, échange de l'information sur l'élaboration et la mise sur pied de programmes et sur la collecte de données. Il est très favorable à l'élaboration de programmes structurés de dépistage au Canada. Des intervenants de cinq provinces (l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et Terre-Neuve), membres de ce réseau, songent ou se préparent à mettre en place des programmes structurés de dépistage.

Orientations futures

Les progrès réalisés récemment sur le plan de la compréhension des mécanismes biologiques du HPV grâce aux techniques de la biologie moléculaire ont suggéré des pistes de recherche sur des méthodes de développement de vaccins qui pourraient aider à lutter contre le HPV. Jusqu'à ce qu'un tel vaccin soit mis au point, l'emploi systématique de condoms et le recours aux tests de Papanicolaou demeureront les principales stratégies de prévention.

Les responsables de tous les registres de cancer provinciaux et territoriaux devraient recueillir des données sur le cancer du col utérin selon le stade de la maladie au moment du diagnostic et des taux de survie selon le stade d'évolution du cancer et contribuer à l'évaluation des résultats des programmes de dépistage en place.

Résumé

Le dépistage du cancer du col utérin au moyen du test de Papanicolaou a permis de réduire la morbidité et la mortalité associées à cette maladie. Au cours des deux dernières décennies, cependant, la tendance à la baisse de l'incidence de ce type de cancer s'est quelque peu stabilisée, ce qui donne à penser que les activités de dépistage ont plafonné et qu'il y aurait peut-être lieu d'adopter une approche spéciale en matière de prévention du cancer du col utérin. Les données de l'ENSP de 1994 confirment que les femmes pauvres ou moins instruites étaient proportionnellement moins nombreuses à avoir subi un test de Papanicolaou. D'où la nécessité d'entreprendre des efforts spéciaux afin de comprendre les facteurs qui ont une incidence sur le recours au frottis cervical dans les groupes à haut risque et de recruter ensuite ces sujets en vue d'un dépistage. Les données accessibles militent fortement en faveur des recommandations de l'Atelier national concernant la mise en place de programmes intégrés de dépistage du cancer du col utérin dans toutes les provinces, pour réduire l'incidence de cette maladie évitable au

Canada.

Remerciements

Les données utilisées ici ont été fournies à Santé Canada par le Registre canadien du cancer, anciennement connu sous le nom de Système national de déclaration des cas de cancer, à Statistique Canada. Nous tenons à souligner la collaboration des registres provinciaux et territoriaux du cancer qui mettent des données à la disposition de Statistique Canada.

Références

1. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer en 1997*. Toronto, 1997.

2. Miller AB, Lindsay J, Hill GB. *Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix*. Int J Cancer 1976; 17(5):602-12.

3. Probert A, Fong Kee Fung M, Le Atebi F, Faught W, Senterman M, Semenciw R et coll. *Trends in the incidence of the histological subtypes of cervical cancer in Canada and Ontario*. Bureau du cancer, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada et le groupe de recherche en gynécologie, Hôpital général d'Ottawa, Université d'Ottawa.

4. Gillis DC, Irvine J, Tan L, Liu L, Robson D. *Cancer incidence and survival of Saskatchewan northerners and registered Indians, 1967-1986*. 8th International Congress on Circumpolar Health. Whitehorse, Yukon, 23 mai 1990.

5. Schottenfield D, Fraumeni J. *Cancer epidemiology and prevention*. Second Edition. New York: Oxford University Press, 1996.

6. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994. Santé Canada. N° de catalogue H-21-117/1994F.

7. Task Force on Cervical Cancer Screening Programs. *Cervical cancer screening programs (The Walton Report)*. Can Med Assoc J 1976; 114:1003-33.

8. Miller AB, Anderson G, Brisson J et coll. *Report of a national workshop on screening for cancer of the cervix*. Can Med Assoc J/J Assoc. méd. can. 1991; 145:1301-25.

9. Berkel J. *Compte rendu du deuxième atelier national sur le dépistage du cancer du col utérin*. Maladies chroniques au Canada. 1992; 13(4S); S1-S41.

10. Mills CJ. Rapport d'atelier. *Le cancer du col utérin : vers la mise en oeuvre d'un dépistage organisé*. Maladies chroniques au Canada. 1993; 14(3); 110-112.

11. Miller AB. *Advances in cancer screening*. Massachusetts: Kluwer Academic Publishers, 1996:46.

12. Snider J, Beauvais J, Levy I, Villeneuve P, Pennock J. *Tendances dans l'utilisation de la mammographie et du test de Papanicolaou au Canada*. Maladies chroniques au Canada 1996; 17:108-17.

13. Snider JA, Beauvais JE. *Pap smear utilization in Canada: estimates after adjusting the eligible population for hysterectomy status*. Soumis à Maladies chroniques au Canada pour publication.

14. Goel V. *Factors associated with cervical cancer screening: results from the Ontario Health Survey*. Can J Public Health/Rev can santé publique 1994; 85:125-7.

15. Austoker J. *Screening for cervical cancer.* BMJ 1994:309;241-8.

16. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer en 1995.* Toronto, 1995.

17. U.S. National Cancer Institute. *PDQ information for health professionals.* Cervical Cancer October 1997.

Collaboratrices : *Maureen Carew, Dena Schanzer, Judy Snider, et Laura Villeneuve.*

début ↑

Dernière mise à jour : 2003-08-20 Avis importants

[English] [Contactez-nous] [Aide] [Recherche] [Site du Canada]
[Accueil - SPSP] [Centres] [Publications] [Lignes directrices] [Index A-Z]
[Santé - Enfants] [Santé - adultes] [Santé - aînés] [Laboratoires] [Surveillance]